

S 12 KA 442/13

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 442/13

Datum

19.11.2014

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 91/14

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. § 11 Abs. 1 Satz 1 GEHV in der ab Juli 2011 geltenden Fassung, wonach die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) berechtigt ist, sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärzte an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der KVH ausgezahlt werden, für die EHV heranzuziehen, ist nicht zu beanstanden (vgl. bereits SG Marburg, Ur. v. 05.11.2014 [S 12 KA 392/13](#) -).

2. § 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG, wonach ein Widerspruch nur unter Vorlage der vollständigen Unterlagen zulässig ist, sind als bloße Ordnungsvorschriften zu verstehen. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass der Landesgesetzgeber mit § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG eine weitere Voraussetzung für die Zulassung eines Widerspruchs aufstellen wollte, was im Übrigen gegen Bundesrecht ([§ 84 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) verstoßen würde.

3. Der einzelne Arzt kann zur Auskunft verpflichtet werden. Die KVH kann bei fehlender Auskunft Schätzbescheide in Höhe der von ihr geschätzten Durchschnittseinnahmen festsetzen, für die Quartale III/11 bis II/12 in Höhe von 25.000,00 € pro Quartal.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Zulässigkeit der Widersprüche gegen die Bescheide zur Festsetzung der Umsetzung der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nach § 11 Abs. 6 der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der Beklagten (GEHV) für die Quartale III/11 bis II/12 und hierbei um die Festsetzung der Umsätze für GKV-Leistungen aus Sonderverträgen im Wege der Schätzung auf jeweils 25.000,00 EUR.

Der Kläger ist als Vertragsarzt zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in B-Stadt zugelassen. Er ist Gesellschafter der beigeladenen KV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft mit Praxissitz in B-Stadt, bestehend aus zehn Fachärzten für Orthopädie, die alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Die Gesellschafter Dr. A1 und Dr. A2 haben ihren Praxissitz in ZT.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 11.09.2012 für das Quartal III/11, mit Bescheid vom 24.10.2012 für das Quartal IV/11, mit Bescheid vom 25.10.2012 für das Quartal I/12 und mit Bescheid vom 26.10.2012 für das Quartal II/12 die Umsätze für GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nach § 11 Abs. 6 GEHV im Wege der Schätzung auf jeweils 25.000,00 EUR fest. Zur Begründung führte sie aus, nach § 8 Abs. 2 S. 1 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (KVHG) i. V. m. § 11 Abs. 1 S. 1 GEHV würden zur Finanzierung der Erweiterten Honorarverteilung in Hessen (EHV) ergänzend neben der Gesamtvergütung sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV, die Vertragsärzte an gesetzlich versicherten Patienten erbrächten und nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der KV Hessen ausgezahlt würden, herangezogen werden. Hieraus folge für Vertragsärzte nach § 8 Abs. 3 KVHG i. V. m. § 11 Abs. 6 GEHV und § 5 Abs. 3 der Satzung der KV Hessen die Verpflichtung, der KV Hessen nach Abschluss eines Quartals ihre Umsätze für die KV-Leistungen aus Sonderverträgen mitzuteilen. Diese Verpflichtung gelte ab dem Quartal III/11. Nach § 8 Abs. 3 S. 2 KVHG i. V. m. § 11 Abs. 6 S. 2 GEHV sei sie zur Schätzung befugt, wenn die Meldung nicht innerhalb von drei Monaten nach Ende eines Quartals erfolge. Eine Schätzung sei auch möglich, wenn die Angaben nicht plausibel oder vollständig seien (§ 11 Abs. 6 S. 3 GEHV). Hierüber habe sie bereits mit Rundschreiben "EHV Aktuell" vom 06.07.2011 informiert. Mit Schreiben vom 27.12.2011 bzgl. des Quartals III/11, vom 11.04.2012 bzgl. des Quartals IV/11, vom 10.07.2012 bzgl. des Quartals I/12 und vom 10.08.2012 bzgl. des Quartals II/12 habe sie unter Fristsetzung gebeten, die Honorare aus Sonderverträgen zu melden. Hieran habe sie jeweils erinnert. Der Kläger sei seiner Meldepflicht trotz dieser ausdrücklichen Hinweise und Fristsetzungen nicht nachgekommen, weshalb sie die Umsätze nunmehr geschätzt habe. Sie müsse davon ausgehen, dass grundsätzlich Umsätze für GKV-Leistungen aus Sonderverträgen erzielt worden seien. Der Kläger sei

ausdrücklich darauf hingewiesen worden, er müsse auch melden, wenn er an anderen Verträgen nicht teilnehme oder keine Umsätze erzielt habe. Der Betrag von 25.000,00 EUR entspreche einem Mittelwert der gemeldeten Umsätze.

Hiergegen legte der Kläger mit Schreiben seiner Prozessbevollmächtigten vom 05.10.2012 für das Quartal III/11 und vom 08.11.2012 für die übrigen drei Quartale Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, die Schätzbescheide litten an einem Begründungsmangel, weil sie nicht hinreichend über Tatsachen, welche der Schätzung zu Grunde gelegt worden seien, aufklärten. Ungeachtet dessen rüge er einen Schätzungsfehler. Ein Anspruch bestehe allenfalls im Umfange dessen, was durch seine Einnahmen aus Versorgungsverträgen direkt von Kassen gezahlt werde, also der Beklagten im Vergleich zum früheren klassischen Vergütungssystem als Verteilungsmasse entzogen werde. Schätzgrundlage könne nur das sein, was durch direkte Abrechnungen dem Zugriff der Beklagten entzogen worden sei. Einkünfte aus den Versorgungsverträgen beruhten aber auf Leistungen, welche erstmals zusätzlich und erstmals abrechenbar und ausschließlich im Rahmen der integrierten Versorgung zusätzlich erbracht worden seien, sodass der Beklagten an Verteilungsmasse nichts genommen werde, was ja im Falle klassischer Abrechnung unter deren Einschaltung zufließen würde. Aus den der Beklagten vorliegenden Honorardaten müsse sich daher ableiten lassen, dass er nichts oder weniger, als geschätzt, schulde, wäre denn dem Grunde nach überhaupt ein Anspruch gegeben. Dass und wie hierauf abgestellt worden sei, lasse der Schätzbescheid nicht erkennen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 26.06.2013 alle vier Widersprüche als unzulässig zurück. Sie verwies auf § 8 Abs. 3 S. 3 und 4 und Abs. 4 KVHG i. V. m. § 11 Abs. 7 GEHV, wonach der Widerspruch gegen den Bescheid der Festsetzung der Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nur zulässig sei, wenn er innerhalb der Widerspruchsfrist von einem Monat unter Vorlage der vollständigen Unterlagen erhoben werde und eine eidesstattliche Versicherung über die Vollständigkeit der Unterlagen erhalte. Als vollständig würden nur Unterlagen gelten, wenn aus ihnen abschließend erkennbar sei, dass es sich bei angegebenen Vergütungen um alle Vergütungen aus Sonderverträgen handele. Der Kläger habe hingegen keine bzw. nicht vollständige Unterlagen im Rahmen der Widerspruchsfrist eingereicht, sondern lediglich die Rechtmäßigkeit der Verpflichtung der Umsätze aus Sonderverträgen in Frage gestellt. Die Frage der Rechtswidrigkeit der Meldeverpflichtung sei nicht Gegenstand des laufenden Widerspruchsverfahrens. Hier sei es nicht möglich, von der verbindlichen Norm des § 8 KVHG und deren Voraussetzungen abzuweichen. Die Neufassung der GEHV sei vom Hessischen Sozialministerium mit Schreiben vom 25.05.2012 genehmigt worden.

Hiergegen hat der Kläger am 25.07.2013 die Klage zum Az.: [S 12 KA 442/13](#) erhoben.

Gleichlautende Bescheide erließ die Beklagte gegenüber den übrigen sieben hessischen Gesellschaftern, die Klagen zu den Az.: S 12 KA 434 bis 436 und 443 bis 446/13 erhoben haben, die zwischenzeitlich auf Antrag der Beteiligten zum Ruhen gebracht worden sind.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 28.09.2012 das Honorar der Berufsausübungsgemeinschaft des Klägers für das Quartal II/12 auf 342.962,62 EUR fest. Für den Primär- und Ersatzkassenbereich betrug das Honorar 348.847,69 EUR bei 7.748 Behandlungsfällen und einer Honoraranforderung von 466.789,23 EUR. Für die EHV aus Sonderverträgen behielt sie einen Betrag in Höhe von insgesamt 41.766,24 EUR ein, den sie in der "Übersicht der wichtigsten Eckdaten Ihrer Abrechnung" aufführte. In der arztbezogenen "Arztrechnung" nahm die Beklagte für acht der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (alle außer den außerhalb Hessens zugelassenen Mitgliedern Dr. A2 und Dr. A1 - für letztere erfolgte keine Honorarfestsetzung -, also für Dr. A3., Prof. Dr. A4, Dr. A5, A., Dr. A6, Dr. A7, A8, Dr. A9.) und damit auch für den Kläger jeweils folgende Festsetzungen "Einbehalt EHV Sonderverträge" vor:

Quartal Einbehaltener Betrag in EUR

III/11 1.250,00

IV/11 1.318,25

I/12 1.322,75

II/12 1.329,78

Gesamt 5.220,78

Im Begleitschreiben zur Übersendung der Honorarunterlagen mit Datum vom 12.11.2012 wies die Beklagte darauf hin, dass Einnahmen aus GKV-Leistungen, die nicht über sie abgerechnet werden würden, seit dem Quartal III/11 der EHV unterliegen würden, worauf sie bereits mehrfach informiert habe. Die Belastung der EHV-Abzüge auf die gemeldeten Beiträge bzw. die mit gesonderten Bescheiden mitgeteilten Schätzbeträge erfolge für die Quartale III/11 bis II/12 im Rahmen der Honorarabrechnung II/12. Für die Berechnung des EHV-Abzuges seien jeweils die in dem entsprechenden Melde-Quartal gültige EHV-Belastungsquote herangezogen worden. Der EHV-Abzug auf die Sonderverträge könne arzt- und quartalsbezogen in der Arztrechnung in der Zeile "Einbehalt EHV Sonderverträge vor Q/JJ" nachvollzogen werden. Eine praxisbezogene Summierung führe die Übersicht auf. Ferner erläuterte sie die Abzüge der Verwaltungskosten in diesem Zusammenhang.

Hiergegen legte die Berufsausübungsgemeinschaft mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten vom 16.11.2012 Widerspruch ein, den sie auf den Einbehalt der EHV aus Sonderverträgen beschränkte. Zur Begründung verwies sie auf die Widerspruchsgründe, die sie gegen die von der Beklagten vorgenommenen Schätzungen vorgetragen habe. Ergänzend trug sie vor, nach Feststellung des Rechtsanwalts D. bestünden grundsätzliche Zweifel, dass durch ein Landesgesetz eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage auf Einkünfte aus Sonderverträgen überhaupt hätte erfolgen dürfen. Es dürften nur die Leistungen einbezogen werden, die nicht mehr über das kassenärztliche System abgerechnet werden würden. Leistungen, die aufgrund fehlender Abrechnungsmöglichkeiten, stationärer Leistungserbringung oder sonstigen Gründen in keinem Fall über die Beklagte hätten abgerechnet werden dürfen, könnten nicht bei der Berechnung des Beitrages zur EHV zu Grunde gelegt werden. Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 26.06.2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Der Widerspruch gegen den EHV-Abzug aus den Schätzbescheiden bzw. Sonderverträgen könne nicht Gegenstand des vorliegenden Widerspruchsverfahrens sein. Sie verweise auf verschiedene Verfahren. Hierzu werden 32 Aktenzeichen genannt. Hiergegen hat die Berufsausübungsgemeinschaft am 25.07.2013 die Klage zum Az.: [S 12 KA 441/13](#) erhoben.

Der Kläger trägt zur Begründung seiner Klage vor, die Widersprüche seien zulässig und es sei keine Sachentscheidung getroffen worden. Bei den angegriffenen Bescheiden handele es sich um feststellende Verwaltungsakte, die belastend seien. Er wende sich insbesondere gegen die Rechtmäßigkeit der Meldeverpflichtung, also seiner Mitwirkungspflicht an einem Verwaltungsakt. Wenn ein Widerspruch davon abhängig gemacht werde, dass er seiner Mitwirkungspflicht nachkomme, die er als unrechtmäßig erachte, werde ihm versagt, materiellrechtlich diese Mitwirkungspflicht überprüfen zu lassen. Dies wiederum sei eine Verletzung des Rechtsschutzes nach [Art. 19 Abs. 4 GG](#). Im Übrigen

verweise er auf seine Widerspruchsbegründung. Auch die Rechtsbehelfsbelehrung sei unzulässig. Es treffe zu, dass verschiedene besondere Mitwirkungspflichten eines Arztes bestünden. Ein Widerspruch wäre aber deshalb nicht als unzulässig abzuweisen, sondern habe allenfalls nach gerichtlicher Prüfung im Rahmen der materiellen Rechtmäßigkeit zur Folge, dass die Klage als unbegründet abgewiesen werde. Würde man die Regelung des § 8 Abs. 3 Satz 3 und 4 und Abs. 4 KVHG i. V. m. § 11 Abs. 7 GEHV als rechtmäßig ansehen, hätte dies zur Folge, dass von den Gerichten lediglich die formelle Rechtmäßigkeit zu überprüfen wäre. Dies wiederum wäre ein Verstoß gegen [Art. 19 Abs. 4 GG](#) und widerspreche der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach Hoheitsakte richterlicher Rechtskontrolle unterzogen werden müssten. § 11 Abs. 7 GEHV sei daher rechtswidrig. Er habe bereits im Widerspruchsverfahren dargelegt, dass Ansprüche der Beklagten bereits dem Grunde nach nicht bestünden, jedenfalls nicht in der geltend gemachten Höhe. Es dürften nur die Honorare einbezogen werden, die nicht mehr über die KV bezogen würden. Die Beklagte könne nur die Einkünfte berücksichtigen, die nunmehr direkt an die Vertragsärzte fließen. Die Beklagte beziehe auch Leistungen ein, die nie nach dem EBM vergütet worden seien.

Der Kläger beantragt,
die Bescheide vom 11.09.2012, 24.10.2012, 25.10.2012 und 26.10.2012, alle in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.06.2013, aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, bei allen eingelegten Widersprüchen habe es an der Zulässigkeitsvoraussetzung des Einreichens der Umsatzunterlagen gefehlt. Anstelle einer eidesstattlichen Versicherung habe sie auch eine Erklärung der Richtigkeit und Vollständigkeit ausreichen lassen und dies mitgeteilt. Die besondere Voraussetzung zum Widerspruchsverfahren in § 11 Abs. 7 GEHV entspreche der Vorgabe in § 8 Abs. 3 KVHG. Sie sei an die Vorgaben des Landesgesetzes gebunden. Die Unterlagenvorlage sei als besondere Zulässigkeitsvoraussetzung des Widerspruchsverfahrens normiert. Sie beschreibe nach Form und Wesen eine besondere Ausprägung des Rechtsschutzbedürfnisses. Die rein pauschale Behauptung, dass die Schätzung unrechtmäßig (berechnet) sei, sei für sich genommen für eine Überprüfung ungeeignet. Bei fehlenden Angaben sei sie zur Schätzung befugt. Derjenige, der seiner Meldepflicht nicht nachkomme, dürfe nicht besser stehen als der durchschnittlich Gesetzestreu. Sie habe keine andere Möglichkeit zur Sachverhaltserforschung und sei auf die Mitwirkung angewiesen. Individuelle Daten hätten ihr nicht vorgelegen. Die Rechtsgrundlagen für ihre Bescheide seien rechtmäßig.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 04.11.2014 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Ein Vorverfahren ist durchgeführt worden. Die von der Beklagten angenommene Unzulässigkeit der Widersprüche führt nicht bereits zur Unzulässigkeit der Klage. Die Beklagte beruft sich auf die Versäumung der Widerspruchsfrist, weil innerhalb der Widerspruchsfrist nicht die erforderlichen Unterlagen eingereicht worden seien. Die Einhaltung der Widerspruchsfrist ist aber keine Voraussetzung für die Zulässigkeit der Klage (vgl. BSG, Ur. v. 12.10.1979 - [12 RK 19/78](#) - [BSGE 49, 85](#) = SozR 1500 § 84 Nr. 3, juris Rdnr. 18 ff.; BFH, Ur. v. 11.10.1977 - [VII R 73/74](#) - [BFHE 124, 1](#), juris Rdnr. 7; FG München, Ur. v. 19.07.2013 - [8 K 3028/12](#) - [EFG 2014, 322](#), juris Rdnr. 26; Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/ders., SGG, 11. Auflage 2014, § 84, Rdnr. 8).

Die Klage ist aber unbegründet. Die angefochtenen Bescheide vom 11.09.2012, 24.10.2012, 25.10.2012 und 26.10.2012, alle in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.06.2013, sind im Ergebnis rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Die Klage war abzuweisen.

Soweit die Beklagte von einer Unzulässigkeit der Widersprüche ausgeht, war ihr allerdings nicht zu folgen. § 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG sind als bloße Ordnungsvorschriften zu verstehen. Es ist nichts dafür ersichtlich, dass der Landesgesetzgeber mit § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG eine weitere Voraussetzung für die Zulassung eines Widerspruchs aufstellen wollte, was im Übrigen gegen Bundesrecht ([§ 84 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) verstoßen würde. Im Ergebnis nicht zu beanstanden waren aber die Festsetzungen in den strittigen Ausgangsbescheiden. Mit § 11 GEHV und § 8 KVHG besteht eine ausreichende und wirksame Rechtsgrundlage. Der einzelne Arzt konnte zur Auskunft verpflichtet werden. Die Beklagte konnte die Schätzbescheide in der Höhe der von ihr auf 25.000,00 EUR geschätzten Durchschnittseinnahmen festsetzen.

Die Widersprüche des Klägers waren nicht unzulässig.

Rechtsgrundlage für die Festsetzung der EHV-relevanten Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen sind die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, gültig ab: 01.07.2006 und in der geänderten Fassung ab 1. Juli 2011. Danach nimmt jedes zugelassene ärztliche Mitglied der KV Hessen auch im Falle der Anerkennung seiner Berufsunfähigkeit und/oder nach Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung (inaktiver Vertragsarzt) weiterhin an der Honorarverteilung im Rahmen dieser Bestimmungen der EHV teil (§ 1 Abs. 1 Satz 1 GEHV). Die für die Finanzierung der nach §§ 3 ff. festgestellten EHV-Ansprüche notwendigen Mittel werden durch Quotierung der im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte bereitgestellt. Die Quote darf einen Wert von 5 % nicht überschreiten. Die festgestellten Ansprüche beziehen sich auf das jeweils anerkannt durchschnittliche Honorar aus der Behandlung von Versicherten der Primär- und Ersatzkassen gemäß § 3 i. V. m. § 5 Abs. 3. Sollten die erforderlichen Mittel (nach Abs. 1 Satz 2) für die Finanzierung der EHV-Ansprüche nicht ausreichen, sind alle Ansprüche über einen Nachhaltigkeitsfaktor zu quotieren. Die Quotierung durch den Nachhaltigkeitsfaktor darf die EHV-Ansprüche um bis zu maximal 20 % mindern. Soweit der Nachhaltigkeitsfaktor

einen Wert von weniger als 80% der EHV-Ansprüche erreicht, wird die Belastungsgrenze der aktiven Vertragsärzte nach Satz 2 ausnahmsweise soweit erhöht, dass die Ansprüche bis zur Höhe von 80 % bedient werden können. Die quotenmäßige Belastung der Punktwerte der Honorarverteilung nach Satz 2 darf in diesem Fall aber einen Wert von 6 % nicht überschreiten. Soweit die quotenmäßige Belastung der Punktwerte den Wert von 6 % überschreitet, erfolgt eine weitere Absenkung des Nachhaltigkeitsfaktors (§ 8 Abs. 1 Satz 1 bis 8 GEHV).

§ 11 GEHV "Ergänzende Bestimmungen zur Einbeziehung von Vergütungen im Rahmen von Sonderverträgen außerhalb der Gesamtvergütung" lautet wie folgt:

(1) Zur Finanzierung der Erweiterten Honorarverteilung werden ergänzend zu der Quotierung der Gesamtvergütung nach § 8 (1) GEHV sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ausgezahlt werden, herangezogen. Dies gilt unabhängig von der Rechtsgrundlage der Vergütung auch für die Vergütung aus Direktverträgen zwischen den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und den gesetzlichen Krankenkassen oder aus Verträgen zur Integrierten Versorgung.

(2) Die auf ein Quartal entfallenden Einnahmen von Vertragsärzten aus Umsätzen ärztlicher Tätigkeit nach Abs. 1 werden mit der nach § 8 Abs. 2 für das entsprechende Quartal errechneten Quote rechnerisch belastet und zur Finanzierung der EHV herangezogen. Dieser Finanzierungsbeitrag ist bei der Auszahlung des Quartalshonorars aus der Gesamtvergütung einzubehalten. Rechnet der jeweilige Vertragsarzt im Quartal weniger Honorar über die KVH ab, als sein Finanzierungsbeitrag zur EHV aus Sonderverträgen nach dieser Vorschrift beträgt, ist er verpflichtet den nicht verrechenbaren Betrag unverzüglich nach Erhalt eines entsprechenden Zahlungsbescheides an die KVH zu zahlen.

(3) Der sich aus Abs. 2 insgesamt ergebende Finanzierungsbetrag aus allen Einnahmen aus Sonderverträgen wird zu der nach § 8 Abs. 1 GEHV errechneten Quote hinzugerechnet. Dies geschieht in der Weise, dass wenn die Quote nicht ausreichend ist, um alle EHV-Ansprüche zu finanzieren, die zusätzlichen Finanzierungsmittel zunächst zu verwenden sind, um die Quotierung der Ansprüche über den Nachhaltigkeitsfaktor zu reduzieren. Sollte durch die zusätzlichen Finanzierungsmittel der Nachhaltigkeitsfaktor 1,0 betragen und weitere Mittel unverbraucht sein, werden diese unverbrauchten Restbeträge in der Weise verteilt, dass der sich rechnerisch ergebende Faktor größer 1 dann tatsächlich zur Berechnung des Auszahlungsbetrages zugrunde gelegt wird.

(4) Die Vertragsärzte, die nach diesem Paragraphen zur Finanzierung der EHV über die Einbeziehung von Leistungen aus Sonderverträgen einen Finanzierungsbeitrag leisten, erhalten für jedes Quartal des zusätzlichen Finanzierungsbeitrages eine Punktegutschrift in entsprechender Anwendung der Vorschriften des § 3 GEHV.

(5) Bei der Berechnung des zusätzlichen Finanzierungsbeitrages nach Abs. 2 und der Punktegutschrift nach Abs. 4 sind alle Betriebskosten in entsprechender Anwendung des § 5 GEHV zu berücksichtigen. Soweit eine Anwendung der Kostenermittlung nach § 5 nicht in Betracht kommt, weil im Rahmen der sondervertraglichen Vergütung nicht ausschließlich Gebührenordnungsnummern des EBM abgerechnet werden oder die Vertragsinhalte der KVH nicht bekannt sind, können stattdessen pauschale EBM-analoge Berechnungsverfahren angewendet werden. Über die hierfür zu verwendende geeignete Datenbasis entscheidet der Vorstand im Benehmen mit dem Beratenden Fachausschuss EHV und betroffenen Vertretern der Vertreterversammlung.

(6) Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind verpflichtet, den Umsatz, den sie aufgrund der Abrechnung für Leistungen nach Abs. 1 erhalten, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nach Abschluss eines Quartals offenzulegen, abzüglich der Kosten und Honorare, die weiteren Selektivvertragsteilnehmern zu zahlen sind, wenn nur ein Gesamthonorar zur Auszahlung kommt. Sofern sie dieser Verpflichtung nicht innerhalb von drei Monaten nach Ende eines Quartals nachkommen, ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen befugt, die Vergütung für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbracht hat und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ausgezahlt wurden, zu schätzen. Eine Schätzung ist auch möglich, wenn Angaben nicht plausibel oder vollständig sind. Diese Schätzung wird gegenüber dem Vertragsarzt festgesetzt. Der Nachweis des Umsatzes sofern er sich nicht aus den vorliegenden Verträgen und / oder der Summen- und Leistungsstatistik ergibt, ist durch eine Bescheinigung eines angehörnden der steuerberatenden Berufe zu führen.

(7) Gegen diese Festsetzung ist binnen eines Monats gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Widerspruch unter Vorlage der vollständigen Unterlagen zulässig. Die Vollständigkeit ist an Eides statt zu erklären. Als vollständig gelten Unterlagen nur, wenn aus ihnen abschließend erkennbar ist, dass es sich bei den angegebenen Vergütungen um alle Vergütungen aus Sonderverträgen handelt.

§ 11 GEHV mit der Einbeziehung der Honorare aus Selektivverträgen wiederum beruht auf § 8 KVHG in der Fassung des hessischen Landesgesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 14.12.2009, GVBl. 2009, Teil I, 662, in Kraft getreten am 23.12.2009.

Danach sorgt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zunächst wie bisher im Rahmen ihrer Satzung für eine wirtschaftliche Sicherung der invaliden und alten Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte und der Hinterbliebenen von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten. Diese Sicherung kann auch durch besondere Honorarverteilungsgrundsätze geregelt werden (Abs. 1). Zur Sicherung der nach Abs. 1 errichteten Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen werden neben der Gesamtvergütung sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ausgezahlt werden, der Erweiterten Honorarverteilung unterworfen. Dies gilt unabhängig von der Rechtsgrundlage der Vergütung auch für die Vergütung aus Direktverträgen zwischen den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und den gesetzlichen Krankenkassen oder aus Verträgen zur Integrierten Versorgung (Abs. 2). Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind verpflichtet, den Umsatz, den sie aufgrund der Abrechnung für Leistungen nach Abs. 2 erhalten, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen offenzulegen. Sofern sie dieser Verpflichtung nicht innerhalb von drei Monaten nachkommen, ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen befugt, die Vergütung für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbracht hat und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ausgezahlt wurden, zu schätzen. Gegen diese Verfügung ist binnen eines Monats gegen über der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Widerspruch unter Vorlage der vollständigen Unterlagen zulässig. Die Vollständigkeit ist an Eides statt zu erklären (Abs. 3). Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen ist berechtigt, durch Satzung die Einbeziehung der Umsätze für Leistungen nach Abs. 2 zu regeln. Durch Satzung werden auch die Anforderungen an Form und Inhalt der Offenlegung nach Abs. 3 geregelt (Abs. 4).

§ 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG mit dem Erfordernis, innerhalb der Widerspruchsfrist von einem Monat die vollständigen Unterlagen zu den Einkünften aus sog. Selektivverträgen vorzulegen, ist nicht als abweichende Vorschrift zum Sozialgerichtsgesetz anzusehen. Nach [§ 84 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) ist der Widerspruch binnen eines Monats, nachdem der Verwaltungsakt dem Beschwerzten bekanntgegeben worden ist, schriftlich oder zur Niederschrift bei der Stelle einzureichen, die den Verwaltungsakt erlassen hat. Eine Begründung ist grundsätzlich nicht erforderlich (vgl. Leitherer, a.a.O., § 84, Rdnr. 2). § 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG sind daher als bloße Ordnungsvorschriften zu verstehen, die nicht abweichend zu den Vorschriften des Sozialgerichtsgesetzes weitere Zulässigkeitsvoraussetzungen für die Erhebung eines Widerspruchs aufstellen (vgl. bereits zu einer ähnlichen Vorschrift im Güterkraftverkehrsgesetz BVerwG, Urt. v. 17.01.1957 - [I C 34.56](#) - [BVerwGE 4, 233](#) = Buchholz 442.03 § 79 GüKG Nr. 1, juris Rdnr. 8; siehe ferner Kopp/Schenke, Verwaltungsgerichtsordnung, 14. Aufl. 2005, § 70, Rdnr. 5 m.w.N.).

Diesem Auslegungsergebnis steht die Heranziehung der Entstehungsgeschichte nicht entgegen. Aus den Gesetzesmaterialien wird vielmehr deutlich, dass sich der Landesgesetzgeber mit der von der Kammer hier aufgezeigten Problematik bundesrechtlicher Vorgaben nicht auseinandergesetzt hat und jedenfalls nicht eine weitere Zulässigkeitsvoraussetzung für einen Widerspruch schaffen wollte.

Das Gesetz geht zurück auf einen Gesetzentwurf der Fraktion der SPD vom 09.06.2009 (LTag-Drs. 18/767; zu den eingegangene Stellungnahmen zu der schriftlichen Anhörung s. Ausschussvorlage AFG 18/6, Teil 1 und Teil 2 mit Stand: 26.08.2009, abrufbar über die Parlamentsdatenbank unter http://starweb.hessen.de/starweb/LIS/Pd_Eingang.htm), nachdem ein erster Entwurf vom 06.07.2004 (LTag-Drs. 16/2469) im Landtag nach dem Ablehnungsvorschlag des Sozialpolitischen Ausschusses (LTag-Drs. 16/3200) von der Regierungsfraktion CDU abgelehnt worden war (PIPr 16/53 v. 26.11.2004, S. 3621-3626; zur ersten Lesung s. PIPr 16/42 v. 14.07.2004, S. 2786-2789). Im Gesetzentwurf vom 09.06.2009 weist die SPD-Fraktion auf die Verpflichtung zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach [§ 73b SGB V](#) bis zum 30.06.2009 durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008, [BGBl. I, S. 2426](#) hin. Hierdurch würden Leistungen, die bisher von zugelassenen Vertragsärzten im System der gesetzlichen Krankenversicherung für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten erbracht worden sind und über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen als Gesamtvergütung abgerechnet wurden, aus diesem Abrechnungskreislauf ausgegliedert werden. Dies führe zu dem Problem, dass aus der Gesamtvergütung herausgebrochene Teile auch nicht ohne weiteres in die Berechnung der Umlage für die EHV zur Deckung der bereits erworbenen Ansprüche und Anwartschaften der Altersversorgung einbezogen werden könnten. Im Ergebnis werde die Bemessungsgrundlage für die EHV deutlich verringert. Deshalb sei eine Änderung des § 8 KVHG dringend erforderlich. Im Hinblick auf die, auch durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 16. Juli 2008 (- [B 6 KA 38/07 R](#) - [BSGE 101, 106](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 43](#) = USK 2008-65) erforderlich gewordene, anstehende Gesamtdiskussion über die Zukunft der EHV stelle die vorgeschlagene Änderung des § 8 KVHG eine Zwischenlösung dar. Die Entscheidung hierüber sollte aber der Gesamtdiskussion vorangestellt werden, da ansonsten eine Erfüllung der bereits erworbenen Ansprüche und Anwartschaften voraussichtlich bereits im Quartal III/09 nicht mehr gewährleistet werden könne. Die Änderung sei auch erforderlich, da das BSG in seinem bereits erwähnten Urteil eine Regelungspflicht des Landesgesetzgebers für die Anpassung der EHV an Änderungen der Vertragslandschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erkannt habe. Gegenüber dem Entwurf wurde in Abs. 2 der Verweis auf Verträge insb. nach [§§ 73b](#) und [73c SGB V](#) herausgenommen und es bei der Bezugnahme auf die Vergütung aus Direktverträgen belassen und es wurden ausdrücklich auch Verträge zur Integrierten Versorgung aufgenommen. Die Entwurfsfassung sah in Abs. 3 zunächst neben der Offenlegungspflicht des Arztes einen Auskunftsanspruch der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gegenüber den Krankenkassen über die Vergütungshöhe des einzelnen Arztes vor, was dann durch die Ermächtigung zur Schätzung nach Abs. 3 Satz 2 bis 4 ersetzt wurde. Die Endfassung geht zunächst weitgehend auf den nicht weiter begründeten Änderungsantrag der SPD-Fraktion vom 16.09.2009 (LTag Drs. 18/1104; zu den eingegangene Stellungnahmen zu der schriftlichen Anhörung s. Ausschussvorlage AFG 18/6, Teil 1 mit Stand: 11.11.2009) zurück. Der Ausschuss für Arbeit, Familie und Gesundheit empfahl dann dem Plenum mit den Stimmen der Fraktion der SPD bei Enthaltung der übrigen Fraktionen, den Gesetzentwurf unter Berücksichtigung des Änderungsantrags in zweiter Lesung anzunehmen (LTagDrs. 18/1610 v. 27.11.2009). In einem weiteren, ebf. nicht begründeten Änderungsantrag vom 08.12.2009 (LTag-Drs. 18/1682) schlug die SPD-Fraktion dann die verabschiedete Fassung vor (zur parlamentarischen Beratung s. PIPr 18/14 v. 17.06.2009, S.874-879; 18/29 v. 09.12.2009, S.2085-2087).

Möglicherweise sollte die Widerspruchslösung den Bedenken der Beklagten im Gesetzgebungsprozess Rechnung tragen. Die Beklagte hatte in ihrer Stellungnahme zu der schriftlichen Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der SPD (LTag Drs. 18/767) mit Schreiben vom 27.08.2009, Seite 6, Bedenken dahingehend geäußert, dass die Schätzung die Gefahr berge, dass die Vertragsärzte gegen die Schätzung und den daraus resultierenden Honorarabzug Widersprüche einlegen würden und somit die Höhe des quartalsweise zur Verfügung stehenden EHV-Betrages rechtsverbindlich erst nach Abschluss der Widerspruchsverfahren feststehen würde (vgl. Ausschussvorlage AFG 18/6, Teil 2, S. 21 ff., 26). Mit diesen Bedenken wurde jedoch nicht berücksichtigt, dass Widersprüche gegen diese Festsetzungen oder Schätzbescheide keine aufschiebende Wirkung haben. Im Übrigen hätte es ansonsten einer ausdrücklichen bundesgesetzlichen Vorschrift bedurft, dass Widerspruch und Klage keine aufschiebende Wirkung haben ([§ 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG](#)), soweit nicht davon auszugehen ist, dass die Festsetzungsbescheide selbst als Bescheide über Beitrags- und Umlagepflicht bzw. bei Zusammenziehen der Umsatzfestsetzungen mit den eigentlichen Festsetzungen der EHV-Beiträge unter [§ 86a Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) fallen.

Widerspruch und Klage gegen die hier strittigen Festsetzungen haben keine aufschiebende Wirkung. Bei der Erweiterten Honorarverteilung nach den GEHV handelt es sich noch um eine Honorarverteilung i. S. d. [§ 87b SGB V](#), auch wenn für diese viele Besonderheiten gelten (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 13.07.2011 - L 4 KA 52/10 -, Umdruck S. 6 m.w.N.). Die Berechtigung der Beklagten zur Durchführung der EHV und die Verpflichtung des Vertragsarztes zur Duldung der damit verbundenen Minderung des für ihn geltenden Auszahlungspunktwertes hat das Bundessozialgericht ausdrücklich als integralen Bestandteil des besonderen Status angesehen, unter dem die hessischen Vertragsärzte in der aktiven wie in der inaktiven Phase an der Honorarverteilung teilnehmen (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 115 f.; BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) - juris Rdnr. 22). Gerade für die Beitragseinziehung bei den aktiven Vertragsärzten bzw. Leistungserbringern gilt, dass dies Teil der Honorarverteilung ist. Von daher ist [§ 87b Satz 4 SGB V](#) hier anwendbar, wonach Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung keine aufschiebende Wirkung haben. Dies gilt auch für Festsetzungen der Einnahmen aus Sonderverträgen, die der EHV unterworfen werden.

Im Übrigen bestünden erhebliche Zweifel, ob der Landesgesetzgeber und die Beklagte abweichende Regelungen zum Sozialgerichtsgesetz treffen könnten. Insofern ist das Sozialgerichtsgesetz und hier insb. [§ 84 SGG](#) abschließend zu verstehen und lässt es Abweichungen nicht zu (s. [§ 219 SGG](#)) bzw. fehlt es im Sozialgerichtsgesetz an einem Vorbehalt zugunsten der Landesgesetzgebung. Maßgeblich für die Einlegung

von Widersprüchen ist allein Bundesrecht. Der Bundesgesetzgeber versteht das Vorverfahren als Prozessvoraussetzung und damit Teil des Prozessrechts, weshalb er das Vorverfahren in den jeweiligen Prozessordnungen abschließend geregelt hat, wofür er auch zuständig ist (für die VwGO s. BVerfG, Beschl. v. 11.10.1966 - [2 BvL 15/64](#) - [BVerfGE 21, 106](#) = [BVerfGE 21, 106](#), juris Rdnr. 37 ff.; BVerfG, Beschl. v. 17.01.1967 [2 BvL 24/63](#) - [BVerfGE 21, 106](#), juris Rdnr. 33). Für Bescheide der Beklagten und das sozialgerichtliche Verfahren gilt allein [§ 84 SGG](#).

Im Übrigen bestünden Zweifel, ob überhaupt eine Begründungspflicht eingeführt werden könnte. Soweit z. B. [§ 44 Abs. 1 Ärzte-ZV](#) in der bis Ende 2006 geltenden Fassung eine Begründungsfrist vorsah, nach der innerhalb eines Monats nicht nur Widerspruch einzulegen, sondern auch der Widerspruch zu begründen ist, was im allgemeinen Verwaltungsverfahren unbekannt ist, hat das Bundessozialgericht dies als eine zulässige Sonderregelung gegenüber den Vorschriften des SGG über das Widerspruchsverfahren angesehen, aber zuletzt auf seine Rechtsprechung zum Gesetzesrang der Ärzte-ZV, wovon allerdings nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht mehr ausgegangen werden kann (vgl. BVerfG, Beschl. v. 13.09.2005 - [2 BvF 2/03](#) - [BVerfGE 114, 196](#) = [SozR 4-2500 § 266 Nr. 9](#), juris Rdnr. 190 ff.), hingewiesen, weshalb dem Gesichtspunkt der Sonderregelung gegenüber den [§§ 78, 83](#) ff. SGG weniger Bedeutung zukomme, und Ausnahmen als möglich angesehen (vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005 [B 6 KA 69/03 R](#) - [GesR 2005, 411](#) = [ZMGR 2005, 229](#), juris Rdnr. 21 ff.; BSG, Urt. v. 23.02.2005 - [B 6 KA 70/03 R](#) - [SozR 4-5520 § 33 Nr. 5](#), juris Rdnr. 22 ff.; im Einzelnen s. Pawlita, in: jurisPK-SGB V, 1. Auflage 2008, [§ 97 SGB V](#), Rdnr. 15). Das Bundesverfassungsgericht hat in einem einstweiligen Anordnungsverfahren nach [§ 32 Abs. 1 BVerfGG](#) aufgrund einer Zulassungsentziehung eine offensichtliche Unbegründetheit einer Verfassungsbeschwerde verneint, weil zu prüfen sein werde, ob die mittelbar angegriffene Vorschrift des [§ 44 Zahnärzte-ZV](#) von der Ermächtigung in [§ 98 Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#) gedeckt sei und mit [§ 97 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), der ohne Einschränkung auf [§ 84 Abs. 1 SGG](#) verweise, in Einklang stehe (vgl. BVerfG, Beschl. v. 25.05.2001 - [1 BvR 848/01](#) - juris Rdnr. 2).

Auf [§ 11 Abs. 7 GEHV](#) und [§ 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG](#) kann daher eine Unzulässigkeit des Widerspruchs nicht gestützt werden. Der Kläger weist insofern auch zutreffend darauf hin, dass die Rechtsauffassung der Beklagten zu einer Verletzung der Rechtsschutzgarantie nach [Art. 19 Abs. 4 GG](#) führen würde. Eine besondere Sanktion gegen die Ordnungsvorschriften nach [§ 11 Abs. 7 GEHV](#) und [§ 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG](#) ist nicht vorgesehen. Eine zusätzliche Verpflichtung zur bereits nach [§ 11 Abs. 6 Satz 1 GEHV](#) und [§ 8 Abs. 3 Satz 1 KVHG](#) bestehenden Meldepflicht wird nicht aufgestellt. Insofern kommt bei einem Pflichtenverstoß, da es sich bei der Auskunftspflicht um eine Pflicht nach [§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) handelt, ggf. eine disziplinarrechtliche Sanktion ([§ 81 Abs. 5 SGB V](#)) in Betracht und verbleibt es bei der Schätzungsbefugnis der Beklagten nach [§ 11 Abs. 6 Satz 2 GEHV](#) und [§ 8 Abs. 3 Satz 2 KVHG](#). Zusätzliche Verfahrensvoraussetzungen, wie sie die Beklagte annimmt, können daraus jedenfalls nicht abgeleitet werden.

Von einer Verpflichtung der Beklagten zur materiellrechtlichen Bescheidung der Widersprüche des Klägers konnte die Kammer aber aus Gründen der Prozessökonomie absehen, da sich die Beklagte sachlich auf die Klage eingelassen und deren Abweisung beantragt hat (vgl. BVerfG v. 02.09.1983 - [7 C 97/81](#) - Buchholz 442.03 § 9 GüKG Nr. 13, juris Rdnr. 8 m.w.N.).

Die angefochtenen Bescheide vom 11.09.2012, 24.10.2012, 25.10.2012 und 26.10.2012, alle in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.06.2013, sind im Ergebnis aber rechtmäßig.

Die Rechtsgrundlage für die Festsetzung der EHV-relevanten Umsätze der GKV-Leistungen aus Sonderverträgen nach [§ 11 GEHV](#) und [§ 8 KVHG](#) ist rechtmäßig. Die Satzungsgrundlage und das dieser zugrunde liegende Landesgesetz sind insbesondere nicht wegen Verstoßes gegen die Gesetzgebungskompetenz rechtswidrig und damit nichtig. Dies hat die Kammer bereits mit Urteil vom 05.11.2014 - [S 12 KA 392/13](#) - entschieden, woran sie festhält.

Das seit 1954 in Hessen bestehende Altersversorgungssystem der Beklagten, das die Altersversorgung der Vertragsärzte - anders als in allen anderen KV-Bezirken - neben dem Versorgungswerk der Ärztekammer Hessen sicherstellt, war in den vergangenen Jahren wiederholt Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen, wobei z. T. auch die Gültigkeit und/oder Bestimmtheit der gesetzlichen Grundlagen bestritten worden sind. Die sozialgerichtliche Rechtsprechung hat die Ermächtigungsgrundlagen für die EHV dabei immer in allen Instanzen als ausreichend angesehen.

[§ 8 KVHG](#) ist in der bis zum 22.12.2009 geltenden Fassung bundesrechts- und verfassungskonform und also uneingeschränkt wirksam. Nach [§ 8 Abs. 1 KVHG](#), sowohl in der alten als auch der gegenwärtig geltenden Fassung, sorgt die KV Hessen "im Rahmen ihrer Satzung für eine wirtschaftliche Sicherung der invaliden und alten Kassenärzte und Hinterbliebenen von Kassenärzten (seit 2009: , Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte und der Hinterbliebenen von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten'). Diese Sicherung kann auch durch besondere Honorarverteilungsgrundsätze geregelt werden." Bundesgesetzliche Grundlage für die landesrechtliche Vorschrift des [§ 8 KVHG](#) ist die nach wie vor geltende Regelung des [Art. 4 § 1 Abs. 2 Satz 2](#) des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17.08.1955 ([BGBl I 513](#)). Danach bleiben landesrechtliche Regelungen über die Altersversorgung der Kassenärzte unberührt. Diese Vorschrift schützt die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits bestehenden Versorgungseinrichtungen von Kassen-(heute: Vertrags-)Ärzten. Diese Vorschrift ist ebenfalls verfassungsgemäß (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 22 ff.; ausführlich BSG, Urt. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - [BSGE 101, 106](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 43](#) = USK 2008-65, juris Rdnr. 20 bis 64; die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil wurde von BVerfG, 1. Senat, 2. Kammer, Beschl. v. 15.06.2009 - 1 BvR 3289/08 - nicht zur Entscheidung angenommen; s. a. die Verfassungsbeschwerde gegen die Parallelentscheidung BSG, Urt. v. 16.07.2008 [B 6 KA 39/07 R](#) - juris, die hiergegen erhobene Verfassungsbeschwerde wurde von BVerfG, 1. Senat, 2. Kammer, Beschl. v. 15.06.2009 - [1 BvR 3290/08](#) - ebf. nicht zur Entscheidung angenommen, zitiert nach den Angaben zu den BSG-Entscheidungen in juris). Das Bundessozialgericht hat jüngst nochmals für diese Vorläuferfassung entschieden, dass [§ 8 KVHG](#) i. V. m. [Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR](#) verfassungsgemäß ist, insbesondere eine hinreichend präzise Ermächtigungsgrundlage für den Satzungsgeber enthält, im Rahmen der betroffenen grundrechtlichen Gewährleistungen von [Art. 12 Abs. 1](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) einerseits und [Art. 14 Abs. 1 GG](#) andererseits Regelungen zu treffen. Die Vorschriften bilden nicht nur mit hinreichender Bestimmtheit eine Grundlage für ein umlagefinanziertes Versorgungssystem, sondern auch für die Anpassung der EHV an sich ändernde Verhältnisse im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung. Nach Auffassung des BSG hat sich gezeigt, dass die Beklagte auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigungen auf (auch) grundlegende Änderungen in der Versorgungsstruktur in Bezug auf die EHV sachgerecht zu reagieren imstande ist. Das betrifft sowohl die 1991 erfolgte Erweiterung der EHV auf Honorare, die für die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen über die KV verteilt worden sind, als auch die Entscheidung, die Psychologischen Psychotherapeuten nicht in die EHV einzubeziehen (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) - juris Rdnr. 30 ff.).

§ 11 GEHV wurde durch die Beschlüsse der Vertreterversammlung der KV Hessen in den Sitzungen vom 20.02.2010, 29.05.2010 und 28.08.2010 verabschiedet und gemäß [§ 81 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vom Hessischen Sozialministerium mit Schreiben vom 10.06.2011 genehmigt und veröffentlicht durch das Mitgliederrundschreiben der Beklagten "EHV Aktuell" vom 06.07.2011. Gründe für eine formelle Rechtswidrigkeit sind derzeit nicht ersichtlich. Die Kammer hält es gegenwärtig für ausreichend, dass die Beklagte die wirksame Verabschiedung der veröffentlichten Norm durch den Genehmigungsvermerk des Hessischen Sozialministeriums in Kopie vorgelegt hat, obwohl sie im Gerichtsverfahren der Kammer verschiedene Unterlagen zum Normgebungsprozess nicht oder nur unvollständig bzw. mit Schwärzungen versehen in rechtswidriger Weise vorenthalten hat. Die Kammer hat dennoch von einer Durchsetzung ihres Auskunfts- und Vorlageanspruchs abgesehen, weil es letztlich in diesem Verfahren hierauf nicht ankommt und um weiterer Verzögerungen zu vermeiden

Der Landesgesetzgeber hat mit der Neufassung damit von der ihm vom Bundesgesetzgeber eingeräumten Regelungskompetenz Gebrauch gemacht. Das Bundessozialgericht hat wiederholt betont, wovon abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, dass § 8 KVHG a.F. i. V. m. Art. 4 § 1 Abs. 2 GKAR nicht nur mit hinreichender Bestimmtheit eine Grundlage für ein umlagefinanziertes Versorgungssystem, sondern auch für die Anpassung der EHV an sich ändernde Verhältnisse im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bildet (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 24; BSG, Urt. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - [BSGE 101, 106](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 43](#) = USK 2008-65, juris Rdnr. 42 ff.). Dies galt bisher in erster Linie für Änderungen der GEHV seitens der Beklagten, da der Landesgesetzgeber bisher keine Veranlassung sah, die Rechtsgrundlage selbst anzupassen. So hat das BSG auf die 1991 erfolgte Erweiterung der EHV auf Honorare, die für die Behandlung von Versicherten der Ersatzkassen über die KV verteilt worden sind als auch auf die Entscheidung, die Psychologischen Psychotherapeuten nicht in die EHV einzubeziehen, hingewiesen (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 25). Weiter zu nennen ist die Einbeziehung der MVZ bzw. die bei diesen und bei Vertragsärzten angestellten Ärzte in die EHV (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 8/13 R](#) - juris). Diese Rechtsauffassung gilt erst recht auch für den Landesgesetzgeber (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 01.11.2006 - L [6/7 KA 66/04](#) - juris Rdnr. 69 und 80 ff.). Soweit deshalb ein entsprechendes Versorgungssystem auf landesgesetzlicher Grundlage bereits eingeführt war, ist auch von einer entsprechenden Kompetenz des Landes zur Weiterentwicklung desselben auszugehen, ohne dass das Land auf den einmal gegebenen Regelungszustand festgelegt sein kann und darf (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 01.11.2006 - L [6/7 KA 66/04](#) - juris Rdnr. 81). Auch der Landesgesetzgeber ist befugt, Anpassungen auf sich verändernde Versorgungsstrukturen vorzunehmen. Insoweit war die Beklagte als Satzungsgeberin nicht selbst befugt, die Änderungen vorzunehmen, da die hier strittigen Honoraranteile außerhalb des Kompetenzbereichs der Beklagten erzielt werden. Die Notwendigkeit der Anpassungen der EHV ergab sich aus der veränderten Versorgungsstruktur.

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) v. 26.03.2007, [BGBl. I 2007, S. 378](#), propagierte zur Stärkung bzw. Schaffung von Wettbewerbsstrukturen die Abkehr vom Kollektiv- zum Selektivvertragssystem. Die bereits zuvor bestehende, aber eher bescheidene und wenig angenommene Tendenz des Gesetzgebers, die Vertragskompetenz der Krankenkassen unter Ausschaltung der KVen zur Schaffung neuer Versorgungsstrukturen zu erweitern, wurde erheblich ausgebaut insbesondere durch die [§§ 73b, 73c](#) und [73d SGB V](#) in der damaligen Fassung. Die bereits ab 2004 eingeführte hausarztzentrierte Versorgung nach [§ 73b SGB V](#) wurde nunmehr für alle Krankenkassen obligatorisch als flächendeckende Versorgung. Mit der "Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung" nach [§ 73c SGB V](#) können die Krankenkassen fakultativ Verträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern, ihren Gemeinschaften, Managementgesellschaften oder auch den KVen über Versorgungsaufträge, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen, schließen. Die integrierte Versorgung sollte im Hinblick auf eine bevölkerungsbezogene flächendeckende Versorgung ausgebaut werden ([§ 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Diese ist insbesondere dann anzunehmen, wenn entweder in einer größeren Region (z. B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z. B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in einer integrierten Versorgung angeboten wird oder in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehen der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird (vgl. [BTDrs. 16/3100, S. 152](#)). Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) v. 15.12.2008, [BGBl. I, 2426](#) setzte den Krankenkassen nunmehr eine Frist bis zum 30.06.2009 zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach [§ 73b SGB V](#). Gleichzeitig wurde der Sicherstellungsauftrag der KVen reduziert (so ausdrücklich [§ 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) und die durch das GKV-WSG eingefügten [§§ 73b Abs. 4 Satz 5, 73c Abs. 4 Satz 4 SGB V](#)), ohne den Sicherstellungsgrundsatz der Kassenärztlichen Vereinigungen als Grundsatz ([§ 75 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB V) abzuschaffen. Entsprechend ist die Gesamtvergütung zu verringern ([§§ 73b Abs. 7, 73c Abs. 6 SGB V](#)).

Von daher ist die Einschätzung des Landesgesetzgebers jedenfalls innerhalb seines Gestaltungsspielraums, hierdurch würden Leistungen, die bisher von zugelassenen Vertragsärzten im System der gesetzlichen Krankenversicherung für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten erbracht und über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen als Gesamtvergütung abgerechnet worden sind, aus diesem Abrechnungskreislauf ausgegliedert werden, was die Probleme der EHV verschärfen könnten, nicht zu beanstanden. Das Bundessozialgericht hat bereits im Jahr 2008 gerade im Hinblick auf die neuen Versorgungsformen darauf hingewiesen, ob solchen strukturellen Umbrüchen allein durch Regelungen auf der Ebene der Honorarverteilung Rechnung getragen werden könne, erscheine fraglich. Insoweit habe indessen das beigeladene Land in diesem Verfahren ausdrücklich seine Verpflichtung bekräftigt, zu reagieren und gesetzliche Regelungen zu entwickeln, auf deren Grundlage die Beklagte in Bezug auf die EHV tätig werden könnte. Bei (unterstellt) grundlegenden Systemverschiebungen erforderlichen notwendigen Anpassungen unterliege es keinem Zweifel, dass bei solchen Veränderungen der Landesgesetzgeber gesetzliche Vorgaben normieren müsste, auf deren Grundlage dann konkretisierende Bestimmungen von der Ärztekammer und/oder in den Regelungen über die (erweiterte) Honorarverteilung zu treffen wären (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2008 - [B 6 KA 38/07 R](#) - a.a.O. Rdnr. 50 und 52). In einem obiter dictum hat das BSG bisher § 8 KVHG in der Neufassung folgerichtig nicht beanstandet (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - [B 6 KA 10/13 R](#) - juris Rdnr. 25).

Der Landesgesetzgeber hat auch nicht danach unterschieden, ob es sich bei den Leistungen nach den Sonderverträgen um Leistungen handelt, die vormals über die Beklagte im Rahmen der Teilnahme an der Honorarverteilung handelt. Auch soweit in Sonderverträgen zusätzliche Leistungen vereinbart werden, was im begrenzten Rahmen zulässig ist, handelt es sich um Leistungen "aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung", da die gesetzlichen Krankenkassen immer Kostenträger dieser Leistungen sind und ihr Leistungskatalog den gesetzlichen Vorgaben entsprechen muss. Weder der Landesgesetzgeber und noch ihm folgend der Satzungsgeber waren darauf beschränkt, als Schätzgrundlage nur das heranzuziehen, was durch direkte Abrechnungen dem Zugriff der KV Hessen entzogen worden ist. Es können auch Einkünfte aus Sonderverträgen, insbesondere aus Verträgen der integrierten Versorgung

herangezogen werden, die aus Leistungen resultieren, welche erstmals zusätzlich und anderweitig abrechenbar sind, auch wenn das darauf entfallene Honorar der Beklagten nicht unmittelbar entzogen wird. Insofern kommt es nicht darauf an, ob die Leistungen auch über die Beklagte abgerechnet werden könnten oder nicht. Jedenfalls war der Landesgesetzgeber im Rahmen einer zulässigen Pauschalierung nicht gehalten, weitergehende Differenzierungen vorzunehmen, da es sich bei den weiteren Leistungen im Regelfall nur um einen geringeren Teil handeln und eine Unterscheidung zu erheblichen Abgrenzungsproblemen führen dürfte. Besondere Kostenstrukturen im Rahmen der Sonderverträge werden durch § 11 Abs. 5 und Abs. 6 Satz 1 GEHV hinreichend berücksichtigt.

Die Beklagte ist damit berechtigt, sämtliche Vergütungen für Leistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Vertragsärzte an gesetzlich krankenversicherten Patienten erbringen und die nicht unmittelbar über die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ausgezahlt werden, für die EHV heranzuziehen (§ 11 Abs. 1 Satz 1 GEHV), und zwar mit derselben EHV-Quote wie die von der Beklagten abgerechneten Honorarumsätze. Für diese Zwecke war sie berechtigt, die hier strittigen Festsetzungen im Wege der Schätzung gegenüber dem Kläger nach § 11 Abs. 6 Satz 2 und 4 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 2 Satz 2 KVHG vorzunehmen.

Auskunftspflichtig nach § 11 Abs. 6 Satz 1 GEHV ist der einzelne Vertragsarzt - hier der Kläger - und nicht die evtl. bestehende Berufsausübungsgemeinschaft. Ihm gegenüber ist die Beklagte bei fehlender oder unzureichender Auskunft befugt, eine Schätzung vorzunehmen und den Schätzbescheid zu erlassen. Das ist insofern konsequent, als Vertragspartner eines Sondervertrags nicht zwingend die Berufsausübungsgemeinschaft wird, sondern u. U. der einzelne Vertragsarzt selbst. Dieser tritt einem Hausarztvertrag bei bzw. unter weiteren Voraussetzungen kann u. U. auch mit ihm ein Hausarztvertrag geschlossen werden (§ 73b Abs. 5 SGB V). Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung und zur integrierten Versorgung können ebf. mit einzelnen Vertragsärzten geschlossen werden (§ 73c Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bzw. § 140b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Andererseits sind zur Finanzierung der Erweiterten Honorarverteilung ergänzend zu der Quotierung der Gesamtvergütung sämtliche Vergütungen aus den Sonderverträgen heranzuziehen (§ 11 Abs. 1 Satz 1 GEHV). Schuldner dieser Leistung kann aber als der gegenüber der Beklagten auftretende Leistungserbringer nur die Berufsausübungsgemeinschaft sein, auch wenn der einzelne Arzt und nicht die Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MVZ die Anwartschaft auf spätere Teilnahme an der EHV erwirbt (§ 1 Abs. 1 Satz 1 GEHV), da die für die Finanzierung der nach §§ 3 ff. festgestellten EHV-Ansprüche notwendigen Mittel durch Quotierung der im Rahmen der Honorarverteilung festgestellten Punktwerte bereitgestellt werden (§ 8 Abs. 1 Satz 1 GEHV). Die Heranziehung sämtlicher Vergütungen aus den Sonderverträgen zu der Quotierung der Gesamtvergütung nach § 11 Abs. 1 Satz 1 GEHV bedeutet demnach, dass die auf die einzelnen Gesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft entfallenden weiteren Einnahmen dem der EHV unterliegenden Honorar der Berufsausübungsgemeinschaft - fiktiv - hinzugerechnet werden. Von daher entfalten die Festsetzungen über den Umfang dieser Einnahmen aus Sonderverträgen Drittwirkung gegenüber der Berufsausübungsgemeinschaft.

Die Beklagte konnte die Schätzbescheide in der Höhe der von ihr auf 25.000,00 EUR geschätzten Durchschnittseinnahmen festsetzen. Die Satzung ermächtigt die Beklagte bei fehlenden Angaben des Arztes zur Schätzung. Die Beklagte hat nunmehr den Umfang der Einnahmen aus Sonderverträgen angegeben und hierzu weitere Unterlagen vorgelegt. Danach ist von folgenden Einnahmen (Angaben in EUR) auszugehen:

Quartal III/11 IV/11 I/12 II/12
Gesamtsumme 11.313.339,05 10.148.049,42 11.504.895,80 10.263.640,20
Summe Schätzbescheide 4.600.000,00 2.818.750,00 3.756.250,00 3.493.750,00
Summe Meldungen) 0 EUR 6.713.339,05 7.329.299,42 7.748.645,80 6.789.890,20
Anzahl Ärzte 820 923
Obere 30 % 6.175.175,00 7.089.907,80 Anzahl Ärzte 246 277
Durchschnitt 25.102,34 25.595,34

Bei ihrer Schätzung konnte die Beklagte von den Durchschnittseinnahmen auf der Grundlage der oberen 30 % der gemeldeten Umsätze ausgehen, da zu Recht vermutet werden kann, dass derjenige, der seine Umsätze nicht meldet, überdurchschnittliche Umsätze hat und in dieses Drittel fällt. Dem Kläger wäre es ohne weiteres möglich, die Schätzgröße durch Angabe seiner tatsächlichen Umsätze zu widerlegen. Als ungefähre Schätzgröße konnte die Beklagte auch von einem einheitlichen Betrag in allen vier streitbefangenen Quartalen ausgehen. Soweit mit dem LSG Hessen davon auszugehen ist, dass bei Schätzungen kein der Gerichtskontrolle entzogener Beurteilungsspielraum besteht, sondern das Gericht die Schätzung selbst vorzunehmen bzw. jedenfalls selbst nachzuvollziehen hat, was allerdings nicht bedeutet, dass das Gericht nunmehr erneut alle Schätzungsgrundlagen erhebt und eine völlig eigene Schätzung vornimmt, sondern es ausreicht, wenn das Gericht sich diese Ausführungen zu Eigen macht (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 27.08.2014 - [L 4 KA 11/13](#) - unter Hinweis auf BSG, Urt. v. 14.07.1998 - [11/7 RAR 41/87](#) - [SozR 4100 § 115 Nr. 2](#), S. 14; BSG, Urt. v. 17.09.1997 - [6 RKA 86/95](#) - [SozR 3-5550 § 35 Nr. 1](#) = [MedR 1998, 338](#), juris Rdnr. 28), so konnte die Kammer die Schätzung aus den genannten Gründen nachvollziehen. Insofern kommt es nicht darauf an, dass die Beklagte die Grundlagen ihrer Schätzung in den Bescheiden gegenüber den Gesellschaftern oder im Bescheid zur Beitragsfestsetzung nicht angegeben hat.

Nach allem war die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2016-03-11